



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2016

---

## **Endstation: Scheitern in der Psychiatrie**

Meier, Marietta

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-134509>  
Journal Article

Originally published at:

Meier, Marietta (2016). Endstation: Scheitern in der Psychiatrie. WerkstattGeschichte, 24(71):27-44.

■ MARIETTA MEIER

## Endstation

### Scheitern in der Psychiatrie

27

1917 infizierte Julius Wagner-Jauregg neun Patienten der Niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke mit dem Blut eines Malariakranken. Die Patienten litten alle an Progressiver Paralyse, einem Spätstadium der Syphilis, die sich in fortschreitender Demenz, Wahnvorstellungen und Persönlichkeitsstörungen manifestierte. Da die Therapie, die die körpereigenen Abwehrkräfte gegen die syphilitische Infektion stimulieren sollte, weit positivere Effekte zeigte als frühere Behandlungsversuche, setzte sie sich in den psychiatrischen Kliniken Europas und Nordamerikas schnell durch. Bald wurde die Methode auch bei anderen Diagnosen angewandt.

Nach der Malariakur wurde eine ganze Reihe weiterer Therapien entwickelt, die schwere psychische Störungen heilen sollten. Die Einführung dieser »großen somatischen Kuren« war ein Meilenstein, vertrieb sie doch den »therapeutischen Nihilismus«, der sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in der Psychiatrie breitgemacht hatte. »An die Stelle des Dogmas von der Unheilbarkeit der Geisteskrankheit, an Stelle des resignierten Hütns und Pflegens der Kranken« trat nun, wie es noch in einem Handbuch von 1952 heißt, »der Glaube an therapeutische Möglichkeiten«.<sup>1</sup>

Seit der Zwischenkriegszeit sollten also psychiatrische Kliniken für immer weniger Patientinnen und Patienten Endstation bedeuten. Was aber, wenn Behandlungen doch nicht die erwünschte Wirkung zeigten, wenn jemand in der Anstalt bleiben oder stets aufs Neue eingewiesen werden musste? Wann hielt man eine Therapie für gescheitert, wann galt ein Patient als »unheilbar«, eine Situation als hoffnungslos? Was veränderte sich, wenn eine neue Therapie aufkam?

Der folgende Beitrag geht von der These aus, dass sich mit neuen medizinischen Behandlungsoptionen nicht nur die Formen und Bedingungen des Scheiterns wandeln, sondern auch die Art und Weise, wie Scheitern wahrgenommen und gedeutet wird. Mit der Einführung der Malariakur hat sich Scheitern in der Psychiatrie grundlegend verändert. Scheitern heißt, dass etwas misslingt. Misslungen ist aber nur, was als misslungen gilt. Die Unterscheidung zwischen Zeichen und Interpretation wirkt im medizinischen Kontext schnell zynisch: Wenn ein Patient an den Folgen einer Operation stirbt, scheint es problematisch zu fragen, ob der Eingriff gescheitert sei. Das Selbstbild der Medizin gründet auf Therapie. Heilsversprechen und Heilung, sie sind die Triebfedern ärztlichen Handelns. Niemand will, dass medizinische Bemühungen scheitern. Trotzdem kann nur gelingen, was auch scheitern kann. Ebenso wenig, wie sich Leben ohne Tod oder Gesundheit ohne Krankheit denken lässt, gibt es in der Medizin Therapien, die stets gelingen und keine Nebenwirkungen aufweisen. Für ein Individuum hat medizinisches Scheitern deshalb oft schwerwiegende, manchmal gar tödliche Folgen. Auf einer übergeordneten Ebene lässt sich allerdings, so die Erwartung, aus Misserfolgen lernen und neues Wissen gewinnen. Ob etwas als Erfolg oder Misserfolg bezeichnet wird, hängt also nicht nur vom Bewertungs-, sondern auch vom Beobachtungsmaßstab ab.

1 Max Müller, Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Ein Lehr- und Handbuch, Bd. I: Die Insulinbehandlung, Stuttgart 1952, S. III.

Dass Scheitern auch in der Medizin mit Wertvorstellungen, Machtverhältnissen, Selbst- und Fremdbildern zusammenhängt,<sup>2</sup> zeigt sich in der Psychiatrie besonders deutlich. Noch mehr als die anderen medizinischen Disziplinen sei die Psychiatrie, so eine medizinische Fachzeitschrift von 1959, durch ein sich wandelndes Menschenbild geprägt, das sie ihrerseits wieder »mitbeding[e]«. Schließlich sei ihr Untersuchungsgegenstand, »die menschliche Psyche, [...] ja nicht ein körperliches Organ, auch nicht ein experimentell erfassbares Funktionssystem, sondern [...] letzten Endes der Mensch selber in seiner Eigenschaft, sich als soziales Wesen zu bewähren oder zu versagen«.<sup>3</sup> Dieser Hinweis macht deutlich, dass aus zeitgenössischer Sicht in der Psychiatrie nicht nur Therapien, sondern auch Existenzen und Menschen scheitern konnten. Aus historischer Sicht gilt es deshalb zu analysieren, was Scheitern meinte: Wer entschied aufgrund welcher Kriterien, was misslang und was gelang? Welchen Lauf nahm ein Prozess, der im Nachhinein als Scheitern bezeichnet wurde? Welche Folgen hatte er? Wie veränderten sich die Bedingungen, die Formen, die Wahrnehmungs- und Deutungsmuster des Scheiterns im Wandel der Zeit?

Im Folgenden werden diese Fragen aus drei Perspektiven analysiert. In einem ersten Schritt wird die Krankengeschichte einer Patientin erzählt, die 1940 in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Judith Kramer konnte die Anstalt nach kurzer Zeit wieder verlassen, wurde aber bald darauf ein zweites und schließlich ein drittes Mal hospitalisiert. Obwohl eine Malariakur und viele weitere Therapien durchgeführt wurden, verschlechterte sich ihr Zustand schnell. Judith Kramer entwickelte sich zu einer »unheilbaren«, »schwierigen« Patientin und verbrachte den Rest ihres Lebens in der Psychiatrie.

Im zweiten Teil wird untersucht, wie Judith Kramers Lebens- und Krankengeschichte beurteilt wurde – was die Patientin, ihre Familie, ihre Ärzte und Pflegerinnen für geglückt oder misslungen hielten, worauf sie Erfolg und Misserfolg zurückführten, welche Folgen ihr Urteil hatte und wie sich die Ergebnisse dieser Analyse kontextualisieren lassen.

In einem dritten Schritt wird die Entwicklung der psychiatrischen Therapeutik skizziert. Nach einem Überblick über die Behandlungsverfahren, die von der Zwischenkriegszeit bis zum Ende der 1960er Jahre angewandt wurden, wird untersucht, wie die Folgen therapeutischer Bemühungen beurteilt, dargestellt und begründet wurden.

Der letzte Teil fragt nach Wandlungsprozessen. Judith Kramer verbrachte fast 55 Jahre in der Psychiatrie. Wird ihre lange Krankengeschichte mit anderen Fällen verglichen, fällt auf, dass man bis zu den 1960er Jahren nur über das Scheitern von Dingen und Drittpersonen sprach. Persönliche Fehlschläge wurden erst ab den 1970er Jahren thematisiert, erst dann wurde Scheitern Teil einer »normalen« Lebensgeschichte und des eigenen Selbst. In der Psychiatrie entwickelte sich also Scheitern im Laufe des 20. Jahrhunderts – so das Fazit des Beitrags – zunehmend von einer Figur des Dritten zu einer Subjektivierungspraxis.<sup>4</sup>

2 Stefan Zahlmann, Sprachspiele des Scheiterns. Eine Kultur biographischer Legitimation, in: ders./Sylka Scholz (Hg.), Scheitern und Biographie. Die andere Seite moderner Lebensgeschichten, Gießen 2005, S. 7–31, hier S. 7.

3 Gaetano Benedetti, Wandlungen des Menschenbildes in der Psychiatrie, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 89 (1959), S. 751–755, hier S. 751. Für neuere Publikationen von Psychiatern zum Thema Scheitern siehe beispielsweise Christian Scharfetter, Scheitern. In der Sicht auf Psychopathologie und Therapie, Sternenfels 2012; Daniel Hell, Besser scheitern, in: Tages Anzeiger, 22.10.2013, <http://www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Besser-scheitern/story/14766138> (letzter Zugriff 10.10.2014).

4 Unter Subjektivierung werden im Folgenden Prozesse verstanden, in denen sich Individuen als Subjekt konstituieren bzw. konstituiert werden. Siehe dazu S. 40.

## Judith Kramer: Von der »hochintelligenten« Studentin zum »schizophrenen Defektzustand«<sup>5</sup>

Am 27. Juni 1945 kam eine neue Patientin in die Rheinau – eine psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt, die auf einer Rheininsel im Norden der Schweiz lag. Judith Kramer wurde von einer Pflegerin aus Basel begleitet. Der Arzt, der die beiden in Empfang nahm, legte eine Akte an und hielt unter der Rubrik »Aufnahmestatus« fest:

*»Pat.[ientin] ist ein kleines, schwächliches, blass aussehendes Persönchen, das an ihrem Plätzchen ganz gleichgültig dasitzt und erst als man sich an sie wendet ziemlich lebhaft zu sprechen anfängt. Sie sei schon wieder in eine Anstalt verbracht, obwohl sie seit Jahren für ihre Freiheit kämpfe. Sie werde nicht arbeiten, sie möchte ihre Bücher haben und weiter ihre Philologie studieren. Trotzdem sich Pat.[ientin] gegen die Verbringung nach Rheinau äussert, geht sie ohne weiteres auf die Abteilung. Man hat den Eindruck, es wird sich um eine recht schwierige Pat.[ientin] handeln.«<sup>6</sup>*

Judith Kramer kam 1900 in Hamburg zur Welt. Sie war das letzte Kind einer begüterten jüdischen Kaufmannsfamilie. Nach dem Abitur begann sie auf Wunsch des Vaters Jura zu studieren, entschied sich dann aber für ein Sprachstudium, um später als Lehrerin zu arbeiten. 1932 kam sie von diesem Plan ab. Sie setzte ihr Studium fort, schloss jedoch nie ab. Als Judith Kramers Eltern 1934 aus Angst vor den Nationalsozialisten auswanderten, ließ sich die jüngste Tochter in Basel nieder. Sie wurde von einem Onkel finanziell unterstützt, brauchte das Geld aber vor allem für Arztrechnungen. Der Onkel fand seine Nichte »faul« und versuchte, sie »an eine praktische Arbeit zu gewöhnen«. Er meldete sie 1939 für einen Säuglingspflegekurs an, »wo sie sich gar nicht einfügte und nach 8 Tagen zurückgenommen werden musste«. Dann sollte Judith Kramer eine Kochfachschule besuchen. Dort engagierte sie sich kaum und nahm nicht regelmäßig am Unterricht teil, schnitt jedoch beim Schlussexamen trotzdem recht gut ab. Kurz darauf fehlte Judith Kramer eines Morgens am Frühstückstisch. Als eine Dienstin nachsah, erklärte sie, sie fühle sich schlecht und könne nicht essen.<sup>7</sup>

Da Judith Kramer eine ganze Woche nichts zu sich nahm, wurde sie ins Bürgerspital Basel und von dort zwei Tage später in die Psychiatrische Universitätsklinik Friedmatt eingewiesen, wo sie

5 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9411. Der Fall wurde anonymisiert, der Name der Patientin ist ein Pseudonym. Die Einsicht in die Aktenbestände der Psychiatrischen Klinik Rheinau und weiterer psychiatrischer Kliniken erfolgte mit einer Bewilligung der Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie der betreffenden Kliniken. Die Akten wurden im Rahmen einer Studie zur Geschichte der Psychochirurgie untersucht. Vgl. Marietta Meier, Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015. Judith Kramers Akte wurde für diesen Beitrag ausgewählt, weil die Patientin über einen sehr langen Zeitraum hinweg hospitalisiert blieb. Die Fokussierung auf einen Einzelfall bot den Vorteil, die komplexe Fragestellung im Rahmen eines Aufsatzes verfolgen zu können, ohne ständig weitere Fälle und Zitate aus anderen Krankenakten und publizierten Quellen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen anzuführen. Zur Reduktion der Komplexität wurde auch darauf verzichtet, auf die möglichen Einflüsse von sozialen Kategorien wie Geschlecht oder Schichtzugehörigkeit einzugehen. Im letzten Abschnitt des Beitrags wird ein zweiter Fall skizziert, der Judith Kramers Fall in gewissen Punkten sehr ähnlich ist, sich in anderen hingegen deutlich von diesem unterscheidet. Siehe dazu S. 41.

6 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9411, S. 1, Eintrag vom 27.6.1945.

7 Ebd., S. 5f., Auszug aus der Krankenakte der Heilanstalt Friedmatt, Basel.

»zur Appetitanregung täglich Insulin« erhielt. Laut Krankengeschichte wehrte sich Judith Kramer sehr gegen die Injektionen. Sie habe »das Gefühl, als sollte sie hier schizophran ausgebildet werden, um sie für die Anstalt zuzurichten. [...] Man bezwecke wohl damit eine Bewusstseinsänderung, die sie ev. in ganz gegenständlichem Sinne normalisieren solle, die sie aber de facto von ihrer eigenen Wirklichkeit abbringe.« Die Ärzte kamen zu dem Schluss, dass Judith Kramer seit vielen Jahren an einer »Schizophrenia simplex« leide, die nun »in eine akutere Phase [...] mit Stupor, Sperrungen« und »paranoiden Reaktionen« eingetreten sei.<sup>8</sup>

Im Anamnesegespräch erzählte Judith Kramer, dass sie immer gearbeitet habe; als sie nach einem Zerwürfnis mit den Eltern ausgezogen sei, habe sie sogar Nachhilfestunden gegeben. Die Kochschule habe sie nur besucht, weil der Onkel seine Zahlungen eingestellt habe und ihr Freunde klar gemacht hätten, dass sie ohne Geld und Arbeitserlaubnis bald Probleme mit der Fremdenpolizei bekommen werde.<sup>9</sup>

In der Anstalt war die Patientin laut Krankengeschichte »anfänglich schwer zu halten«. Judith Kramer »lag im Bett, verweigerte jede Nahrungsaufnahme, musste mit der Sonde gefüttert werden, gegen die sie sich mit aller Energie und Kraftaufwand wehrte, weinte, schrie.« Nach einiger Zeit begann sie zwar etwas zu essen, ließ sich aber »von den Pflegerinnen nichts sagen, kommandierte sie recht arrogant, behandelte die Abteilungsärztin als jüngeres Mädchen (Liebes Kind, das verstehen Sie nicht), beklagte sich über allzu grobe, allzu einfache Behandlung, sie sei an eine differenziertere gewohnt, stünde auf einer ganz anderen Ebene als die Ärzte und das Personal, arbeitete nichts.«<sup>10</sup>

Als Judith Kramer nur noch 40 Kilogramm wog, entschieden sich die Ärzte für »eine konsequente Sondenfütterung«. Nachdem die Patientin an Körpergewicht zugenommen hatte, führte man eine Insulinkur durch. Judith Kramer wurde »psychisch freier, zugänglicher, affektiv lebhafter, sichtlich verändert«, fiel aber nach einigen Tagen »wieder in ihren alten katatonen Zustand zurück, nässte das Bett, schwamm oft direkt im Urin.« Sie war »auf die meisten Pflegerinnen paranoid eingestellt, [v]erweigerte deshalb meist die Nahrung, [...] überschüttete die Pflegerinnen mit den unflätigsten Schimpfnamen, kratzte, kniff und teilte Fusstritte aus.« Da Judith Kramer dem Stationsarzt erklärte, »dass sie in diesem Milieu vollständig verblöde«, an einem anderen Ort aber »ganz anders sein« könnte, wagten die Ärzte nach sechs Monaten eine Entlassung. Anfang Juli 1940 kehrte Judith Kramer in ihre Unterkunft zurück.<sup>11</sup>

In der Pension ging es Judith Kramer ein paar Monate »ganz ordentlich«. An einem Morgen stand sie jedoch plötzlich wieder nicht mehr auf. Sie wurde in eine private psychiatrische Klinik eingewiesen, wo man eine Katatonie diagnostizierte – eine Form von Schizophrenie, die sich vor allem durch psychomotorische Störungen äußert. Nach einer Insulin- und einer Elektroschockkur wurde die Patientin »etwas zugänglicher«. Im Frühling 1941 drängte ihr Onkel auf eine Entlassung – er war überzeugt, er könne die »schlechten Gewohnheiten« seiner Nichte »erzieherisch beseitigen«. Judith Kramer mietete sich bei einer Witwe ein. Einige Tage später wurde sie im militärischen Sperrgebiet der Reichsbahn aufgegriffen und im Juni 1941 erneut in die Friedmatt eingewiesen.

In der Klinik zeigte Judith Kramer laut Krankengeschichte einen »schwer katatone[n] Zustand«. »Im Stupor war die Pat.[ientin] völlig erstarrt in einer stereotypen Pose einer Denkerin.« Die Ärzte behandelten sie mit Elektroschocks, die sich positiv auswirkten. Dennoch sprach man

8 Ebd., S. 6–9.

9 Ebd., S. 8f.

10 Ebd., S. 9.

11 Ebd., S. 9f.

sechs Monate nach dem dritten Klinikeintritt von einem »chronische[n] Defektzustand«; Judith Kramer galt nun als »unheilbar«. Die Patientin war »völlig uneinsichtig, autistisch« und ließ sich »verwahrlosen«. In »akute[n] Zustände[n]« blieb sie im Bett, »verweigerte die Nahrung, war unzugänglich, aggressiv, zupfte beständig an den Mitpat.[ientinnen] herum, riss ihnen Haare aus, warf ihnen Gegenstände an, zog sich nackt aus, kroch stundenlang nackt auf dem Boden herum, schmierte, war ausgesprochen unrein.« In besseren Zeiten »fügte sich« Judith Kramer »der Anstaltsordnung«, aß, arbeitete und nässte nicht ein. Sie hatte keinen Kontakt mit anderen Patientinnen oder Pflegerinnen, wollte aber ausführliche Gespräche mit den Ärzten führen.<sup>12</sup>

Im Sommer 1942 unterzog man Judith Kramer einer Schlaf- und einer Malariakur, die keinen Erfolg zeigten. Eine Zeit lang wurde die Patientin konsequent zur Arbeit angehalten. Da sie jedoch nur unter strenger Aufsicht arbeitete und keine befriedigenden Resultate erzielte, gab man auch diesen Versuch wieder auf. Mit Ausnahme der Elektroschocks, die bei stuporösen Zuständen zum Einsatz kamen, wurden in den folgenden drei Jahren keine Therapien mehr durchgeführt. Judith Kramer galt als »schwierige und undankbare« Patientin mit »wechselnde[m] Zustandsbild«: »hie und da explosiv, unrein, schwer zu halten, dann wieder etwas freier, freundlicher, zugänglicher«. 1944 konnte sie einige Wochen Urlaub bei einer Verwandten verbringen; nach ihrer Rückkehr war sie laut Krankengeschichte »wieder schwierig« und »[v]erblödete zusehends immer mehr«.<sup>13</sup>

Ende Juni 1945 wurde Judith Kramer von Basel in die Heil- und Pflegeanstalt Rheinau verlegt. Eine Woche später vermerkte ein Arzt in der Krankengeschichte, die Patientin wolle ihm keine Auskunft geben. Sie schimpfe nur, wenn man ihr Fragen stelle, und gehe nicht einmal auf Themen ein, die sie früher interessiert hätten: »Alle Freundlichkeit nützt nichts.« »Es handelt sich« – so sein Fazit – »um eine bereits sehr abgebaute, stark negativistische, autistische Schizophrenie, die auf bisherige Behandlung kaum angesprochen hat.«<sup>14</sup>

Im Herbst 1947 heißt es in der Krankengeschichte:

*»Patientin, die zur Zeit zu den am meisten gequältesten Geschöpfen unserer Anstalt gehört. Fühlt sich geknüttet, gefoltert, gerädert, zerschlagen. Missmutig den ganzen Tag. Möchte immer die Abteilung wechseln, fühlt sich von den jeweiligen Pflegerinnen verfolgt. Dabei keine Spur von Einsicht. Nässt das Bett, den Boden neben dem Nachtstuhl und sogar Strümpfe und Schuhe. Absolut unbeeinflussbar. Jedes aufmunternde Gespräch fasst sie als gemeine Neckerei auf, so dass auch ein an sich ihren Fähigkeiten entsprechender intellektueller Kontakt nicht aufzunehmen ist.«<sup>15</sup>*

In den folgenden Jahren blieb Judith Kramers Zustand »im grossen ganzen unverändert«. Die Patientin wirkte verängstigt und lehnte jeden Kontakt ab, was auch ihre Behandlung erschwerte. Nach einer Lungenentzündung wurde vermerkt, sie sehe »schlecht« aus. Als sich die Armenpflege Basel 1950 erkundigte, ob die Patientin nach Deutschland zurückkehren könne, lehnten die Ärzte ab. Sie fanden, Judith Kramer sei zu schwach und in der Schweiz besser aufgehoben; zudem habe sie in Deutschland keine Verwandten mehr.<sup>16</sup>

Im Mai 1951 notierte der Stationsarzt, Judith Kramer sei »eine der am meisten geplagten und leidenden Pat.[ientinnen]«, sie fühle sich offenbar ständig verfolgt. Nach einem Gedankenstrich

12 Ebd., S. 10f.

13 Ebd., S. 11f.

14 Ebd., S. 12f., Eintrag vom 5.7.1945.

15 Ebd., S. 13, Eintrag vom 16.9.1947.

16 Ebd., S. 14, Einträge 23.9.1948–23.12.1950.



fügte er an, vielleicht lasse sich »dieser tragische Zustand durch eine Leukotomie beheben«.<sup>17</sup> Zwei Monate später wurde Judith Kramer in der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich zur Operation angemeldet. Der überweisende Arzt schrieb dem Klinikdirektor, der Zustand der Patientin lasse sich »von keiner Seite her« beeinflussen, »alle Kompensationsmassnahmen« seien »erschöpft«; »selbst eine allgemeine Passivierung wäre »bereits als Erfolg anzusehen«.<sup>18</sup>

Ende Juli 1951 wurde Judith Kramer einer präfrontalen Leukotomie unterzogen, einem operativen Eingriff, bei dem Verbindungen zwischen Stirnhirn und Thalamus durchtrennt wurden. Einige Monate später vermerkte der Arzt in ihrer Krankengeschichte, die Patientin sei seit der Operation vielleicht »etwas ruhiger« geworden. Ansonsten lasse sich aber kein positiver Effekt erkennen, »die affective und intellectuelle Seite der psychotischen Alteration« hätten sich nicht verändert.<sup>19</sup>

Gemäß Krankengeschichte zeigte Judith Kramer in den nächsten Jahren wenig Antrieb. Sie wurde nun mit Neuroleptika behandelt, litt aber nach wie vor unter Halluzinationen, gelegentlich auch unter Erregungszuständen. Noch in den 1980er Jahren vermerkten die Ärzte, Judith Kramer sei eine »[s]ehr zurückgezogene Pat.[ientin], die immer in ihrer abgekapselten Welt« lebe und offenbar weiterhin halluziniere. Wenn man sie anspreche, antworte sie »nur kurz, meist inadäquat und unverständlich«.<sup>20</sup> Im einzigen Eintrag aus dem Jahr 1987 heisst es: »Typisch katatone Pat.[ientin], die zwar hochdeutsch spricht, sich aber nicht so anreden lassen will. Die frühere Philologin scheut ebenfalls das Wasser und riecht, ebenso wie ihr Zimmer, dementsprechend. Daneben lebt sie von täglichen kleinen Zankereien mit der Tischnachbarin«.<sup>21</sup> 1993 wurde an einer Team-sitzung »die Biographie und die Krankheitsgeschichte der Pat.[ientin] aufgerollt« und entschieden, die Psychopharmaka abzusetzen. Judith Kramers Zustand blieb stabil. Als sie im Alter von 95 Jahren starb, hatte sie fast 55 Jahre in der Psychiatrie verbracht.

### Was scheitern kann: Die Figur des Dritten

In Judith Kramers Krankengeschichte ist viel von Misserfolg, aber kaum von Erfolg die Rede. Der Onkel der Patientin war der Meinung, die Erziehung seiner Nichte sei gescheitert, weil die Eltern ihre Tochter zu sehr verwöhnt hätten. Aus seiner Perspektive war Judith Kramer eine gescheiterte Frau aus gutem Haus, die nicht geheiratet und keine Ausbildung abgeschlossen hatte und es für selbstverständlich hielt, dass sie finanziell unterstützt wurde, das Geld aber in erster Linie für unnütze Arztbesuche ausgab. Als sich Judith Kramers Zustand während des zweiten Klinikaufenthalts nicht deutlich besserte, fand der Onkel, die Ärzte hätten versagt, und wollte seiner Nichte die »schlechten Gewohnheiten« selbst austreiben.

Obwohl die Psychiater den Onkel als wichtigste »Referenzperson« für Judith Kramers Anamnese betrachteten, hielten sie ihn ab diesem Moment für »völlig uneinsichtig«. Auch sie waren allerdings der Meinung, Judith Kramer habe versagt, weil sie – »interesse- und ziellos« –<sup>22</sup> ihr Studium nicht beendet hatte und ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestritt. In der Klinik versuchten die Ärzte und das Pflegepersonal über Jahre hinweg, die Patientin in die »Anstaltsordnung

einzupassen«, sie zum Essen zu bringen, zur Arbeit anzuhalten und mit ihr Kontakt aufzunehmen. Diese Bemühungen schlugen immer wieder fehl. Die Psychiater schätzten Judith Kramer als »ursprünglich hochintelligent«<sup>23</sup> ein und versuchten in Gesprächen an Themen anzuknüpfen, die sie früher interessiert hatten, konnten die Patientin aber für nichts begeistern. Judith Kramer bereitete in der Klinik schwere Probleme; in der Krankengeschichte wird sie oft als unfreundlich, »uneinsichtig« und überheblich bezeichnet.

Die Patientin selbst vertrat einen völlig anderen Standpunkt: Den Gesprächsprotokollen zufolge sah sie nicht ein, weshalb der vermögende Onkel Mühe damit bekundete, sie finanziell zu unterstützen, weshalb sie eine Ausbildung abschließen und einer praktischen Erwerbsarbeit nachgehen sollte. In ihren Augen hatte sie weder an der Universität noch im Beruf Schiffbruch erlitten. Dass sie ihr Studium nicht abgeschlossen hatte, führte sie auf die politische Situation in Deutschland zurück. »Völlig resigniert« habe sie, wie es in der Anamnese heisst, »erst seit der Machtergreifung des Nationalsozialismus«: »Es sei ja damals allen so gegangen, man habe von einem Tag auf den andern leben müssen. Studierte einfach weiter und dachte, irgendwann einmal ein Examen zu machen. Einen festen Termin hatte sie sich nicht vorgenommen.«<sup>24</sup>

Einen klaren Fehlschlag stellten für Judith Kramer hingegen die Hospitalisierungen dar. Abgesehen davon, dass sie gegen ihren Willen in die Klinik gekommen war, hielt sie die meisten Ärzte für inkompetent. Die Pflegerinnen erfüllten ihre Erwartungen erst recht nicht, die Mitpatientinnen stießen sie ab. Aus den Notizen der Psychiater geht deutlich hervor, dass sich Judith Kramer von niemandem verstanden fühlte. Die Patientin verfasste auch mehrere Briefe, in denen sie über das Leben in der Anstalt klagte. »Ich krepriere hier nur noch«, schrieb sie 1945 beispielsweise an eine Verwandte in England.<sup>25</sup> Ihres Erachtens wurde nicht einmal ihre Furcht vor dem Nationalsozialismus verstanden. Die Ärztin, die im Januar 1940 die erste psychiatrische Anamnese aufnahm, vermerkte zwar, dass Judith Kramers Angst einen realen Hintergrund habe, fügte jedoch bei, die Patientin projiziere die Verbrechen der Nationalsozialisten auf sich selbst. Im Protokoll des Gesprächs heisst es, Judith Kramer glaube, sie werde von Kräften zerbrochen, die »vom Nationalsozialismus« ausgingen: »Es sei ja möglich, dass dies nicht ganz stimme, aber man müsse begreifen, dass die nationalsozialistischen Kräfte für sie eine furchtbare Realität seien.« »Erzählte dann« – so der Kommentar der Ärztin – »ganz anschaulich von Raufereien in der [...] Universität, wie sie kurz vor und nach dem Umschwung wirklich an der Tagesordnung waren, in die sie aber weder aktiv noch passiv verwickelt war, sondern die sie als Zuschauerin erlebte.«<sup>26</sup>

Vergleicht man Judith Kramers Fall mit anderen Krankenakten, lassen sich zwei Muster herausarbeiten:<sup>27</sup> Erstens verstand sich keineswegs von selbst, was in der Psychiatrie als Erfolg oder

17 Ebd., Eintrag vom 10.5.1951.

18 Ebd., S. 15, Eintrag vom 24.7.1951; Schreiben eines Assistenzarztes an den Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich, 24.7.1951.

19 Ebd., S. 15, Eintrag vom 12.12.1951.

20 Ebd., S. 24, Eintrag vom 28.3.1983.

21 Ebd., S. 25, Eintrag vom 1.1.1987.

22 Ebd., Aktennotiz vom 4.11.1976.

23 Ebd., Schreiben eines Assistenzarztes an den Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich, 24.7.1951.

24 Ebd., S. 5, Auszug aus der Krankenakte der Heilanstalt Friedmatt, Basel.

25 Ebd., S. 13, Abschrift eines Briefes der Patientin vom 18.8.1945.

26 Ebd., S. 8, Auszug aus der Krankenakte der Heilanstalt Friedmatt, Basel. Im Laufe der Jahre fühlte sich die Patientin nicht mehr von den Nationalsozialisten bedroht, sondern – unter anderem – von ihrem Onkel und weiteren Verwandten. Auf die Frage, wie man in psychiatrischen Kliniken der Schweiz auf jüdische Patienten und Patientinnen aus Deutschland reagierte, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht weiter eingegangen werden. Eine ausführliche Schilderung eines Einzelfalls findet sich bei Gregor Spuhler, Gerettet – zerbrochen. Das Leben des jüdischen Flüchtlings Rolf Merzbacher zwischen Verfolgung, Psychiatrie und Wiedergutmachung, Zürich 2011.

27 Der Vergleich beruht auf der Analyse von über 300 Krankenakten aus verschiedenen psychiatrischen Kliniken der Schweiz, die im Rahmen eines Projekts zur Geschichte der Psychochirurgie durchgeführt wurde. Vgl. Meier, Spannungsherde.



Misserfolg galt, worauf dieser beruhte und wo die Grenze zwischen Misserfolg, Versagen und Scheitern lag. Die Ansichten konnten weit auseinandergehen und sich auch diametral widersprechen. Auf den ersten Blick mögen Dissonanzen zwischen Patienten ohne »Krankheitseinsicht« und deren Umfeld vielleicht weniger überraschen als Meinungsunterschiede zwischen Angehörigen, Klinikpersonal und Behörden – einem Akteur, der im Fallbeispiel zwar kaum in Erscheinung tritt, seit dem Ende des 18. Jahrhunderts in der Psychiatrie aber insgesamt viel Gewicht hatte. Auf den zweiten Blick wird jedoch klar, dass Scheitern auch in der Psychiatrie eine Frage der Perspektive war (und ist). Was als Norm und als Abweichung gilt, welchem Ziel eine Therapie oder ein Klinikaufenthalt dienen soll und welche Erwartungen Ärztinnen, Pfleger, psychisch Kranke und deren Angehörige erfüllen sollen, versteht sich nicht von selbst. Zweitens fällt auf, dass in psychiatrischen Krankenakten meist vom Scheitern Dritter die Rede ist: Judith Kramers Onkel erklärte dem Arzt, seine Nichte sei von ihren Eltern »verwöhnt« worden, Judith Kramer beklagte sich bei den Psychiatern über die »allzu grobe, allzu einfache Behandlung« der Pflegerinnen, die Ärzte fanden den Onkel »völlig uneinsichtig«, das Pflegepersonal teilte den Ärzten mit, Judith Kramers Arbeiten seien »unbrauchbar«.

In der Psychiatrie sprach man also in der Regel über das Versagen anderer. In Krankengeschichten, Briefen oder Gutachten finden sich zahllose Stellungnahmen von Ärzten, Behörden, Pflegerinnen, Patienten, Verwandten und weiteren Akteuren, die das Leben und Verhalten anderer beurteilten und diese für Fehlschläge verantwortlich machten. Von eigenen Misserfolgen hingegen ist in psychiatrischen Krankenakten kaum die Rede. Den Quellen zufolge konfrontierte man andere auch selten mit ihrem Misserfolg. So fand Judith Kramers Onkel beispielsweise, die Ärzte könnten nicht mit seiner Nichte umgehen, bemerkte diesen gegenüber jedoch nur, er werde ihr die »schlechten Gewohnheiten [...] schon erzieherisch« austreiben.<sup>28</sup> Und das Klinikpersonal vermied offenbar, Judith Kramer auf Misserfolge in ihrem Leben anzusprechen, für die es sie Dritten gegenüber verantwortlich machte.

Akten aus psychiatrischen Kliniken vermitteln somit nicht den Eindruck, dass man Scheitern im 20. Jahrhundert per se tabuisiert hätte, sondern dass es lange ungewohnt war, mit oder vor anderen über eigene Fehlschläge zu sprechen. In Judith Kramers umfangreichem Dossier gibt es nur eine Stelle, in der jemand direkt mit dem Vorwurf konfrontiert wurde, versagt zu haben. Als Judith Kramer im Januar 1940 zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik kam, wurde ihre Anamnese erhoben. Die Ärztin, die das Aufnahmegespräch führte, stellte der neuen Patientin zunächst drei Fragen zu ihrem Lebenslauf und Gesundheitszustand. Nachdem Judith Kramer berichtet hatte, seit wann sie sich krank fühle, erkundigte sich die Ärztin als viertes, was ihr »jetziges Versagen verursacht« habe.

An dieser Stelle lässt sich im Gesprächsprotokoll ein klarer Bruch erkennen. Im Vergleich zu den ersten Fragen wirkt die Frage zu Judith Kramers Versagen völlig vage und unvermittelt. Keine der Frauen ging jedoch näher auf das angebliche Versagen ein. Aus dem Protokoll geht hervor, dass sich die Patientin keineswegs als gescheitert bezeichnete. Trotzdem wies sie die Frage nicht zurück, sondern begann genau an diesem Punkt, von den nationalsozialistischen Kräften zu sprechen.

Die Ärztin konfrontierte also Judith Kramer im Aufnahmegespräch zwar mit ihrem Versagen, änderte aber in diesem Moment die Fragetechnik. Hatte sie die Patientin zuvor als handelndes Subjekt angesprochen: »Seit wann fühlen Sie sich krank?«, fragte sie nun »Was hat Ihr jetziges Versagen verursacht?« und nicht: »Weshalb haben Sie versagt?« Judith Kramer ihrerseits ging darüber

28 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9411, S. 6, 9–11, Auszug aus der Krankenakte der Heilanstalt Friedmatt, Basel.

hinweg, dass die Ärztin ein undefiniertes Ereignis als persönliches Versagen darstellte, nahm jedoch zu den Ursachen dieses Ereignisses Stellung und erklärte, es sei auf Dritte zurückzuführen.<sup>29</sup>

Derselbe Mechanismus findet sich in den Notizen, in denen Ärzte die gescheiterten Bemühungen um Judith Kramer dokumentierten. Die Bemerkung »Alle Freundlichkeit nützt nichts«<sup>30</sup> zeigt exemplarisch, wie sich Psychiater über therapeutische Misserfolge äußerten: Im Kampf gegen Judith Kramers Krankheit scheiterten weder Ärzte, Pflegerinnen noch Bemühungen des Klinikpersonals oder die Psychiatrie, sondern Therapien, Kommunikationsversuche oder Maßnahmen – also Handlungen ohne Subjekt.

Auf diese Weise wurden psychiatrische Therapien zu einer Kategorie des Dritten, die zwischen Patient und Klinikpersonal, zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen Erfolg und Misserfolg oszillierte, ohne dass diese Unterscheidung thematisiert oder problematisiert worden wäre. Zu den unterschiedenen Größen Klinikpersonal – Patient, Gesundheit – Krankheit, Erfolg – Misserfolg trat die Unterscheidung wie ein Drittes hinzu, das aber im Dunkeln blieb.<sup>31</sup>

Was immer als gescheitert galt: Ehen, Karrieren, Therapien, Existenzen – sprach man in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts von Fehlschlägen, wurde auf ein Drittes zurückgegriffen, das binäre Codierungen ermöglichte, zwischen denen es zugleich vermittelte. Diese Figur des Dritten übernahm eine wichtige kommunikative Rolle, blieb aber als konstituierender Mechanismus unsichtbar. Mit der Figur des Dritten konnten Akteure ein konsistentes Selbstbild entwerfen und ihrem Handeln Sinn zuschreiben. Auch dem Kampf gegen psychische Störungen, der manchmal aussichtslos schien.

### Eine Frage des Standpunkts: Die Wirkung psychiatrischer Therapien

Als das Team der Station 60B am 10. August 1993 in einer Sitzung Judith Kramers Krankengeschichte »aufrollte«, wurde »deutlich, dass die Patientin ein Stück Psychiatriegeschichte am eigenen Leib erfahren« hatte.<sup>32</sup> Judith Kramer war, wie es in ihrer Akte wiederholt heißt, eine »typische schizophrene Patientin«. Obwohl sie ab 1942 als chronisch schizophren galt, versuchten die Ärzte über viele Jahre hinweg, ihren Zustand zu verbessern. Weder Elektroschocks noch Malaria-, Schlaf- oder Insulinkuren konnten aber verhindern, dass sie zu einer der »schwierigsten« und »gequältesten« Patientinnen der Rheinau wurde, und man 1951 zu dem Schluss kam, dass als letzte Option nur noch die Leukotomie bleibe. Auch dieser Eingriff »brachte jedoch keine wesentliche Besserung«; die »schweren psychotischen Erregungszustände klangen«, wie es 1978 in einem Gutachten heißt, erst nach jahrelanger antipsychotischer Medikation »allmählich ab«.<sup>33</sup> Rückblickend hielten also die Ärzte fast jede Behandlung für gescheitert. Trotzdem wurde Judith Kramer im Laufe der Zeit einem breiten Spektrum von Therapien unterzogen, die – wie das Protokoll der Teambesprechung zeigt – medizinischen Fachleuten am Ende des 20. Jahrhunderts völlig fremd waren.

In den Augen einer Historikerin kann die Geschichte der psychiatrischen Therapeutik allerdings weder als Aneinanderreihung von Irrtümern noch als lineare Fortschrittsgeschichte erzählt werden. Weit gewinnbringender scheint eine Geschichte, die zeigt, weshalb Behandlungsverfahren

29 Ebd., S. 8.

30 Ebd., S. 13, Eintrag vom 5.7.1945.

31 Zur Figur des Dritten siehe beispielsweise Eva Esslinger/Tobias Schlechtriemen/Doris Schweitzer/Alexander Zons (Hg.), Die Figur des Dritten. Ein kulturwissenschaftliches Paradigma, Berlin 2010.

32 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9411, S. 25, Eintrag vom 10.8.1993.

33 Ebd., Gutachten an die Vormundschaftsbehörde der Gemeinde Rheinau, 8.3.1978.

ren aus zeitgenössischer Sicht gelingen oder scheitern und wie sich Perspektiven auf Erfolg und Misserfolg im Laufe der Zeit ändern.<sup>34</sup> Nicht zuletzt gesellschaftspolitisch produktiv scheint auch zu fragen, wie die Art und Weise, wie Gelingen und Scheitern wahrgenommen und gedeutet wird, mit den Formen und Bedingungen von Erfolg und Misserfolg zusammenhängt.

Ausgangspunkt dieses Beitrags war die These, dass Scheitern in der Psychiatrie seit der Einführung der Malariakur eine neue Dimension aufweist. Als sich nach dem Ersten Weltkrieg abzeichnete, dass Wagner-Jauregg eine erfolgreiche Therapie gegen die Progressive Paralyse gefunden hatte, kam in der Psychiatrie Hoffnung auf. In den folgenden Jahren wurde eine ganze Reihe weiterer Therapien entwickelt, die auf den Körper der Patienten zugriffen.<sup>35</sup> 1920 führte man die Schlafkur ein – eine Therapie, bei der man die Patienten während sechs bis zehn Tagen in Dauernarkose versetzte und intensiv pflegte, was sich positiv auf ihre therapeutische Beeinflussbarkeit auswirken sollte. In den 1930er Jahren kamen die Insulin-, die Cardiazol- und die Elektroschocktherapie auf, die auf der These beruhten, dass sich Psychosen durch künstlich ausgelöste epileptische Anfälle bessern oder sogar heilen ließen. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurden Tausende von psychochirurgischen Eingriffen durchgeführt.<sup>36</sup> In den 1950er Jahren kamen schließlich die ersten Neuroleptika und Antidepressiva auf den Markt, die allerdings die »großen körperlichen Kuren« erst allmählich ablösten.

Fast alle dieser Therapien wurden in der klinischen Forschung entwickelt. Sie wirkten indirekt und beruhten zum einen auf »ein[em] gefühlsmäßige[n] Tasten ohne empirische und theoretische Grundlage«, zum anderen auf Versuchen, »in der Praxis beobachtete, an zufällig äußere Einwirkungen [...] sich anschließende spontane Heilungsvorgänge künstlich nachzuahmen«. In den Augen zeitgenössischer Psychiater ließen sich aus diesem eklektizistischen Vorgehen jedoch keine negativen Schlüsse auf die Wirksamkeit der Therapien und die »Qualität der psychiatrisch-therapeutischen Forschung« ziehen.<sup>37</sup> Aus ihrer Sicht war die Einführung der somatischen Kuren ein entscheidender Wendepunkt. Ein Schweizer Psychiater schrieb beispielsweise 1930, die Bedeutung dieser Kuren lasse sich nur verstehen, wenn man die eng begrenzten therapeutischen Möglichkeiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts kenne. Seit die somatischen Kuren »die Welt erobert« hätten, sei nämlich die »therapeutische Aktivität des Psychiaters [...] keine leere, in der Luft schwebende Forderung ohne wirkliche Grundlagen und Mittel, sondern eine dringende Aufgabe

34 Vgl. zum Beispiel Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980*, Bielefeld 2010; Marietta Meier/Brigitta Berner/Roswitha Dubach/Urs Germann, *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970*, Zürich 2007; Jack D. Pressman, *Last Resort. Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge u. a. 1998, v. a. S. 414–442; Joel Braslow, *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley u. a. 1997, v. a. S. 5f.

35 Zur Geschichte der »großen körperlichen Kuren« und der Psychochirurgie siehe beispielsweise Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke (Hg.), »Heroische Therapien«. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013; Braslow, *Mental Ills*; Meier/Berner/Dubach/Germann, *Zwang zur Ordnung*, Kapitel 2; Pressman, *Last Resort*; Mical Raz, *The Lobotomy Letters. The Making of American Psychosurgery*, Rochester, NY 2013.

36 Die Leukotomie, auch Lobotomie genannt, war bereits 1935 entwickelt worden, verbreitete sich aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg. In der Folge wurden weltweit Zehntausende von Personen operiert, in erster Linie Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Neben der Leukotomie entstanden zahlreiche andere psychochirurgische Verfahren, die jedoch weit weniger Verbreitung fanden. Siehe dazu Meier, *Spannungsherde*, Kapitel 3; dies., *Psychochirurgie. Eingriffe am Gehirn als Maßnahme gegen »asoziales« Verhalten*, in: Meier/Berner/Dubach/Germann, *Zwang zur Ordnung*, S. 235–270.

37 Max Müller, *Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten*, 2. überarb. und verm. Aufl., Stuttgart 1949 [1930], S. 21.

und Pflicht« geworden.<sup>38</sup> Die neuen Verfahren erweiterten also nicht nur die Behandlungsoptionen der Psychiatrie, sie veränderten auch die therapeutische Grundhaltung, das Selbst- und das Fremdbild der Ärzte.<sup>39</sup> Mit der Einführung der somatischen Behandlungsverfahren mussten sich Psychiater nicht mehr mit dem Versuch begnügen, einen Krankheitsprozess positiv zu beeinflussen, sondern konnten aktiv in diesen eingreifen.

Wie Judith Kramers Beispiel zeigt, brachten die »großen körperlichen Kuren« allerdings oft nur kurzfristig oder gar keinen Erfolg. Obwohl sie schwerwiegende Nebenwirkungen zur Folge haben und gar zum Tod führen konnten, waren sie in der Psychiatrie lange die häufigsten somatischen Behandlungsformen. In der Hoffnung, bei möglichst vielen, auch scheinbar aussichtslosen Fällen noch einen Umschwung zu erreichen, wurden die somatischen Therapien oft intensiviert, über lange Zeitspannen hinweg angewandt oder miteinander kombiniert. Wenn Malaria-, Schlaf-, Insulin- und Elektroschockkuren nichts nützten, griff man auf die Psychochirurgie zurück. Die Leukotomie blieb zwar stets umstritten, weil sie Persönlichkeitsveränderungen zur Folge hatte, setzte sich aber nach dem Zweiten Weltkrieg als Therapie für »Unheilbare« durch, bei denen alle anderen Behandlungsverfahren versagt hatten.

Jede neue Therapie, die im Laufe des 20. Jahrhunderts aufkam, weckte also die Hoffnung, in Zukunft mehr Patienten helfen zu können. Jedes neue Verfahren förderte den Glauben an die therapeutischen Möglichkeiten einer Disziplin, die den Anspruch hatte, psychische Störungen heilen oder wenigstens bessern zu können. Die neuen Behandlungsoptionen veränderten aber nicht nur das Selbst- und Fremdbild der Psychiatrie, sondern auch die Art und Weise, wie man mit psychisch Kranken umging.<sup>40</sup> Der therapeutische Optimismus hatte den paradoxen Effekt, dass die Geduld gegenüber Patienten abnahm, die auf keine Behandlung ansprachen. Im Lichte des therapeutischen Fortschritts erschien das Verdikt der »Unheilbarkeit« umso härter.

Judith Kramer ist ein typisches Beispiel einer Patientin, die allen möglichen Therapien und schließlich einer Leukotomie unterzogen wurde, weil keine Maßnahme die erhoffte Wirkung zeigte. Mit Ausnahme der Elektroschocks, bei denen ein kurzfristiger positiver Effekt vermerkt wurde, scheiterten sämtliche Behandlungsversuche. Trotzdem hofften die Ärzte jedes Mal, den progredienten Krankheitsverlauf stoppen oder wenigstens verlangsamen zu können. Obwohl die Patientin schon bald als »unheilbar« galt, wurden weitere Therapien durchgeführt, die Judith Kramers

38 Ebd., S. V, 19.

39 Vgl. zum Beispiel Max Müller, *Grundlagen und Methodik der somatischen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Einleitung*, in: Hans W. Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis*, Bd. I/2: *Grundlagen und Methoden der klinischen Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg 1963, S. 384–387, hier S. 384; Louis Bertagna, *Modifications psychologiques après des interventions de psycho-chirurgie*, in: *Cahiers Laënnec* 11 (1951), S. 29–49, hier S. 49.

40 Der Psychiatriehistoriker Joel Braslow hat in einem Beitrag untersucht, ob sich die Einführung der Malariafiebertherapie darauf auswirkte, wie Psychiater Patienten mit Progressiver Paralyse befragten und beschrieben. Er kommt zu dem Schluss, dass Paralytiker nach der Einführung der Malariakur in einem positiveren Licht gesehen wurden. Für die Ärzte und Patienten der untersuchten Anstalt seien die Bedeutung von Krankheit und die Bedeutung, ein Arzt oder ein Patient zu sein, untrennbar mit therapeutische Praktiken verbunden gewesen. Braslows Studie weist methodische Mängel auf. Dass therapeutische Optionen und Kategorisierungen wie heilbar–unheilbar nicht nur die psychiatrische Praxis beeinflussten, sondern auch das Selbst- und Fremdbild sowie die Beziehung zwischen Patienten und Klinikpersonal, lässt sich aber beispielsweise auch bei Leukotomiefällen zeigen. Vgl. Joel Braslow, *The Influence of a Biological Therapy on Physicians' Narratives and Interrogations. The Case of General Paralysis of the Insane and Malaria Fever Therapy, 1910–1950*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 70 (1996), S. 577–608; Meier, *Spannungsherde*.



Zustand verbessern sollten; als ab Ende der 1950er Jahre immer neue Neuroleptika auf den Markt kamen, wurden verschiedene Medikamente ausprobiert.

Mit der Einführung der »großen körperlichen Kuren« setzten in der Psychiatrie auch Bemühungen ein, die Wirksamkeit dieser Therapien zu evaluieren.<sup>41</sup> Obschon also Erfolgsraten vorlagen, musste im Einzelfall jedes Mal von neuem entschieden werden, ob die Indikation für eine Therapie gegeben und ob deren Durchführung geglückt oder gescheitert sei. Judith Kramers Beispiel zeigt zum einen, dass die Wirksamkeit von Behandlungsverfahren zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich eingeschätzt wurde. Zum anderen lässt sich in ihrer Krankengeschichte gut herausarbeiten, wie therapeutischer Erfolg und Misserfolg zur Sprache kam.

Als Judith Kramer Ende Juli 1951 leukotomiert wurde, vermerkte der Arzt drei Tage später, die Patientin sei psychisch »in einem erstaunlichen Masse unverändert«. Sie sei ebenso »steif und unzugänglich« wie zuvor. Weitere drei Tage später hielt er fest: »Status psychicus gleicht verzweifelt dem Zustande vor der Op.[eration]; eine leicht vermehrte Depressivität bei leichter allg.[emeiner] vitaler Depression ist das einzige bisher Vermerkenswerte.« Im Dezember zog er den Schluss, die Patientin sei vielleicht »etwas ruhiger geworden«. »Dies ist aber auch der einzige Erfolg der Leukotomie; und auch diese ›Ruhe‹ stellt lediglich isolierte Antriebslosigkeit dar, während die affective und intellectuelle Seite der psychotischen Alteration unverändert sind.«<sup>42</sup>

In einem Eintrag vom Frühling 1952 heißt es, man habe Judith Kramer auf eine andere Abteilung verlegen müssen, weil eine Mitpatientin sie »ständig [...] zu erwürgen« drohte. Auf der neuen Station stehe sie täglich auf, sei ruhig und versorge sich selbst, müsse aber zu allem ermahnt werden, »von sich aus hätte sie gar keinen Antrieb.«<sup>43</sup> Ein Jahr nach der Leukotomie berichtete der Oberarzt der Armenpflege Basel, die Patientin sei seit dem Eingriff »wesentlich ruhiger als früher«, es dürfe also ein »gewisser Erfolg [...] verzeichnet werden«. Judith Kramers Onkel wurde mitgeteilt, seine Nichte sei seit der Operation »wesentlich ruhiger geworden« und leide »auch weniger intensiv an halluzinatorischen Erlebnissen.«<sup>44</sup> Ihre Antriebslosigkeit, von der in der Krankengeschichte wiederholt die Rede ist, kommt in den Briefen nicht zur Sprache.

Das Fazit, das der Stationsarzt im Dezember 1951 zog, ist relativ deutlich. Dass psychochirurgische Eingriffe scheiterten, wird in Krankenakten selten explizit erwähnt. Typisch hingegen ist, dass der Arzt fand, die Patientin sei dank der Leukotomie »etwas ruhiger« geworden, den mangelnden Antrieb aber nicht auf den psychochirurgischen Eingriff zurückführte. Die positiv beurteilte Veränderung wurde also mit der Operation in Zusammenhang gebracht, nicht aber die Antriebslosigkeit, die gemäß herrschender Lehre als – je nach Standpunkt – häufige oder unvermeidbare Nebenwirkung galt. Erst vierzig Jahre später, in der Besprechung von 1993, diagnos-

41 Auf die Frage, wie Erfolg und Misserfolg in der medizinischen bzw. psychiatrischen Forschung gemessen wurde, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht eingegangen werden. Siehe dazu beispielsweise Pressman, Last Resort; Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung; Meier, Spannungsherde, Kapitel 8; dies., Geschichten aus der Klinik. Die Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Psychochirurgie, in: Susanne Düwell/Nicolas Pethes (Hg.), Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform, Frankfurt a.M./New York 2014, S. 60–81; dies., Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren, in: Arne Höcker/Jeanne Moser/Philippe Weber (Hg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 103–114.

42 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9411, S. 15, Einträge vom 2.8., 6.8. und 17.12.1951.

43 Ebd., Eintrag vom 7.3.1952.

44 Ebd., Schreiben eines Oberarztes an die Armenpflege Basel, 26.6.1952; Schreiben eines Oberarztes an den Onkel der Patientin, 8.8.1952.

tizierte man neben einem »schizophrenen Defektzustand« auch »ein hirnlokales Psychosyndrom nach einem psychochirurgischen Eingriff.«<sup>45</sup>

Je länger ein Behandlungsversuch zurücklag, je weniger ein Arzt darin involviert war, desto eher tendierte er also dazu, die negativen Effekte einer Therapie zu sehen und von einem Fehlschlag zu sprechen. Lag der Misserfolg eines Behandlungsversuchs unmittelbar auf der Hand, griff man auf die Figur des Dritten zurück. Sei es gegenüber Behörden, Patienten und deren Angehörigen oder in Notizen, die gewöhnlich nur Kollegen lasen – in den Augen der Psychiater konnten allenfalls Behandlungsverfahren und Bemühungen scheitern. Schließlich wurde die Durchführung einer Therapie oft mit dem Versagen einer anderen begründet. Fast nie aber ist bis Ende der 1960er Jahre in Krankenakten von denen die Rede, die all diese Versuche und Therapien durchführten.

## Wer auch scheitern muss: Die Subjektivierung des Fehlschlags

In der Sitzung vom August 1993 erfuhr das Team nicht nur, dass Judith Kramer »sicher auch« unter einem hirnlokalen Psychosyndrom litt, das von einem psychochirurgischen Eingriff herrührte. Man kam auch zu dem Schluss, dass es »schwierig zu bestimmen« sei, »inwieweit der jetzige Zustand [der Patientin] nicht auch auf Hospitalismusfolgen zurückzuführen« sei, und dass Judith Kramer »[a]ufgrund des jetzigen Bildes [...] keiner Psychopharmaka-Behandlung mehr« bedürfe. Weiter heißt es: »Die Krankheitsgeschichte zeigt, dass die Patientin über viele Jahre hinweg jeden Körperkontakt als Bedrohung ihrer Existenz wahrgenommen hat. Auch heute noch wehrt sich die Pat.[ientin], wenn man ihr Gesicht berührt.«<sup>46</sup>

Diese Notiz vom August 1993 ist die einzige Stelle in Judith Kramers Krankenakte, in der das Klinikpersonal seine Rolle thematisierte und überlegte, ob der Zustand und das Verhalten der Patientin auch damit zusammenhängen könnte, dass diese seit Jahrzehnten in psychiatrischen Kliniken lebte, wo man auf eine ganz bestimmte Art mit ihr umging. Vor der Besprechung hatte sich offenbar ein Arzt die Zeit genommen, Judith Kramers ganze Krankengeschichte durchzugehen. Aus diesen Informationen schloss das Stationsteam, dass sich die Patientin seit langem bedroht fühlte, wenn sie berührt wurde, und dass sich der lange Klinikaufenthalt auch negativ ausgewirkt haben könnte. Zu guter Letzt wurden einige Maßnahmen beschlossen: Das Team entschied, vermehrt auf das Problem von Nähe und Distanz zu achten, der Patientin keine Psychopharmaka mehr zu verabreichen, ihr möglichst wenig pflegerische Tätigkeiten abzunehmen, sie in einem Einzelzimmer unterzubringen und mit der jüdischen Gemeinde Kontakt aufzunehmen, um jemanden zu suchen, der Judith Kramer zum Gottesdienst oder auf Spaziergängen begleiten könnte.<sup>47</sup>

Die Grenzen des Sag-, Denk- und Machbaren und die Grenzen dessen, was wir sind und sein können, hängen eng miteinander zusammen und bedingen sich gegenseitig. In der Psychiatrie wurde – und wird – man ständig mit Fehlschlägen konfrontiert. Die Art und Weise, wie in psychiatrischen Krankenakten über Erfolg und Misserfolg gesprochen wurde, zeigt aber nicht nur, wie eine Institution mit therapeutischen Fehlschlägen oder Patienten umging, die als Versager galten. Sie macht auch deutlich, dass in der westeuropäischen Gesellschaft bis Ende der 1960er Jahre in erster Linie über das Scheitern Dritter gesprochen wurde. Dieser Befund muss nicht bedeuten, dass persönlicher Misserfolg in den ersten zwei Dritteln des 20. Jahrhunderts nicht wahrgenommen wurde, sondern zeigt, dass man lange kaum über eigenes Scheitern sprach.

45 Ebd., S. 25, Eintrag vom 10.8.1993.

46 Ebd., S. 25f., Eintrag vom 10.8.1993.

47 Ebd.



Welche zentrale Rolle die Figur des Dritten im 20. Jahrhundert übernahm, wenn von Scheitern die Rede war, wird erst vor dem Hintergrund des Wandels deutlich, der ab Ende der 1960er Jahre einsetzte. Die 1970er Jahre lassen sich als eine Phase strukturellen Wandels bezeichnen, in denen ein breites Spektrum gesellschaftlicher Entwicklungen zusammenkam: von Protest- und Emanzipationsbewegungen über den Ausbau des Bildungs- und Gesundheitswesens bis zu konkreten Reformen in der Psychiatrie. Dabei veränderte sich auch das Selbst. In den 1970er Jahren begann sich das Individuum auf eine neue Weise mit sich und seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Es geriet zunehmend in den Blick und das Wirkungsfeld verschiedener Psy-Berufe; die Therapeutisierung von Gefühlen wurde zu einem breit anerkannten Angebot und Bedürfnis. Therapie und Beratung »dringen« – so die Soziologin Sabine Maasen – »tief in die Selbst- und Fremdfindungsstrategien der Gegenwart ein, verflechten sich mit ihren kulturellen Praktiken und sozialen Institutionen.« Nach Maasen führte die »diskursiv-institutionelle Explosion von Therapie und Beratung« dazu, dass sich das Verhältnis zwischen Selbst und Gesellschaft »zunehmend über die Schemata »Problem/Lösung« oder »Krise/Bewältigung« formiert[e]«. <sup>48</sup>

Diese Dichotomien prägten die Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster von Individuen und Kollektiven und wirkten sich auch darauf aus, wie man Misserfolg begegnete. War es lange nur unter ganz bestimmten Rahmenbedingungen – etwa vor Gericht, in der Beichte oder in der Psychoanalyse – üblich, Fehlschläge einzugestehen, entwickelte sich Scheitern nun zunehmend zu einer Subjektivierungspraxis. Man erlebte, dass Gefühle und Erfahrungen persönlichen Scheiterns im Alltag zur Sprache gebracht wurden, lernte, eigenes Versagen zu erkennen, zu thematisieren und zu bewältigen und andere nach solchen Emotionen und Erlebnissen zu fragen. Dabei wurden stets auch Subjektformen propagiert, bestätigt, problematisiert oder verworfen.

Interessiert man sich aus einer kulturwissenschaftlichen Perspektive für das Subjekt und versteht dieses als »heuristisches Schlüsselkonzept«, <sup>49</sup> bieten psychiatrische Krankenakten eine gute Möglichkeit, zu rekonstruieren, wie sich der Einzelne in einem bestimmten historischen Kontext als Subjekt konstituierte oder konstituieren sollte. In der Psychiatrie scheiterten bei weitem nicht nur Therapien, Hoffnungen oder Bemühungen, sondern auch Akteure, die Scheitern ab den 1970er Jahren zunehmend als Subjektivierungsform verstanden: Die Möglichkeit, selbst zu scheitern, wurde Teil einer »normalen« Lebensgeschichte und prägte auf diese Weise das eigene Selbst.

Judiths Kramer lange Krankengeschichte erlaubt, an einem einzelnen Beispiel aufzuzeigen, wie sich die Bedingungen, Formen, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster des Scheiterns im Laufe des 20. Jahrhunderts veränderten. Die Fokussierung auf einen Einzelfall birgt aber auch Nachteile. Dass in Judiths Kramers Akte auf eine ganz bestimmte Art über Erfolg und Misserfolg gesprochen wurde, dass man auf eine ganz bestimmte Weise auf Fehlschläge reagierte, hängt mit zahlreichen Faktoren zusammen. <sup>50</sup> Nicht zuletzt mit ihrem Bildungsstand, ihrer sozialen Herkunft und dem Schweregrad ihrer Krankheit erklären lässt sich beispielsweise, dass der Patientin in der Klinik auch Verständnis und Mitgefühl entgegengebracht wurde.

48 Sabine Maasen, Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den »langen« Siebzigern. Eine Perspektivierung, in: dies./Jens Elberfeld/Pascal Eidler/Maik Tändler (Hg.), Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den »langen« Siebzigern, Bielefeld 2011, S. 7–33, hier S. 8f. Zum Wandel der 1970er Jahre siehe beispielsweise Anselm Doering-Manteuffel/Lutz Raphael, Nach dem Boom. Perspektiven auf die Zeitgeschichte seit 1970, Göttingen 2008; Werner Faulstich (Hg.), Gesellschaft und Kultur der siebziger Jahre. Einführung und Überblick, München 2004.

49 Andreas Reckwitz, Subjekt, Bielefeld 2008, S. 10.

50 In diesem Beitrag kommen nur einige dieser Faktoren zur Sprache. Zu den weiteren Faktoren siehe Meier, Spannungsherde.

Mit Hans Studer hingegen gingen die Ärzte und Behörden ganz anders um. <sup>51</sup> Er verbrachte zwar ebenfalls viele Jahre in der Psychiatrie, stammte aber aus ärmlichen Verhältnissen, wurde bei der Scheidung der Eltern bevormundet und mit acht Jahren in einem Heim untergebracht. Danach setzte eine »schreckliche Wanderung von Heim zu Heim und von Anstalt zu Anstalt« ein. <sup>52</sup> Als Hans Studer 1917 zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, stellte man die Diagnosen Psychopathie und Epilepsie. In den folgenden Jahrzehnten wurde der Patient nach mehreren »sehr kurzen Arbeitsversuchen« immer wieder hospitalisiert und zahlreichen Behandlungen unterzogen. 1939 wurde er mit seinem Einverständnis kastriert, 1951 leukotomiert. 1969 konnte Hans Studer aus der Klinik austreten. Er wurde aus der Vormundschaft entlassen, heiratete kurz darauf und erhielt 1971 eine Invaliditätsrente zugesprochen, weil er unter Venenschwäche und einem schweren Rückenleiden litt. Zwei Jahre später machte der *Schweizerische Beobachter* Studers Fall publik <sup>53</sup> – eine Zeitschrift, die seit ihrer Gründung im Jahr 1926 Skandale enthüllte, gegen Bürokratismus kämpfte und sich für ökonomisch Schwache einsetzte. <sup>54</sup>

Dem *Beobachter* zufolge scheiterte Hans Studers Leben bis Ende der 1960er Jahre völlig: Studer wird in mehreren Artikeln als »körperlich[e] Ruine und seelisch [...] verbitterter Mann« dargestellt. <sup>55</sup> Die »unguten Verhältnisse«, in denen er aufwuchs, kommen nur am Rande zur Sprache. Sein Schicksal wird in erster Linie auf das »unmenschliche« Verhalten der Behörden und der Psychiater zurückgeführt, vor allem auf die Kastration, die »als fehlgeschlagenes Experiment« bezeichnet wird. Im ersten Artikel wird aus dem psychiatrischen Gutachten zitiert, das die Vormundschaftsbehörde der Stadt Zürich 1969 in Auftrag gegeben hatte. Der begutachtende Psychiater kam damals zu dem Schluss, dass mit allen Behandlungsverfahren keine »anhaltende Besserung [...] erzielt werden« konnte und der Patient »ausserordentlich schwierig, aggressiv, verstimmbar, reizbar, querulierend« blieb. Aus der Perspektive des *Beobachters* bewies dieses Gutachten, dass die Ärzte versagt und sich an Hans Studer schuldig gemacht hatten. <sup>56</sup> Deren strafrechtliche Delikte und allfällige Entschädigungsansprüche seien verjährt. Aber auch wenn »das Unrecht ungesühnt« bleibe, müsse eine Lösung gefunden werden, »um die bitterste Not von Hans Studer und seiner tapferen Frau zu lindern«. »Vielleicht«, so der Schlusssatz, mit dem zu einer Petition und Spendenaktion aufgerufen wurde, »könnte eine großzügige Geste heute noch die Wunden etwas vernarben lassen, die Hans Studer nicht nur mit der brutalen Entmannung, sondern auch mit der jahrelangen Verständnislosigkeit einer feindlichen Umwelt geschlagen worden sind.« <sup>57</sup>

Ganz anderer Meinung war der damalige Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, der im zweiten Artikel zu den Vorwürfen Stellung nahm. Klaus Ernst hielt zwar fest, dass die Kastration »heute als ein schwerer Fehler bezeichnet werden« müsse, und fand, Hans Studer »verdient[e] deshalb die Unterstützung der Öffentlichkeit«. Alle anderen Behandlungsverfahren seien aber »in Wirklichkeit menschlich und ärztlich gewissenhaft erwogen« und »teils nach dem damaligen, teils nach dem heute noch gültigen Stand der zur Verfügung stehenden Mittel durch-

51 Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9702. Beim Namen des Patienten handelt es sich um das Pseudonym, das der *Schweizerische Beobachter* in seinen Artikeln über den Fall verwendete und hier übernommen wurde.

52 Der Schweizerische Beobachter, 47. Jg., Nr. 19, 15.10.1973, S. 5.

53 Ebd.

54 Zum *Schweizerischen Beobachter* siehe Historisches Lexikon der Schweiz, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D43033.php> (letzter Zugriff 6.10.2014).

55 Der Schweizerische Beobachter, 47. Jg., Nr. 19, 15.10.1973, S. 5. In der Psychiatrischen Klinik Rheinau wurden die Artikel über Hans Studer in die Krankenakte des ehemaligen Patienten gelegt.

56 Ebd., S. 6.

57 Ebd., S. 8.

geführt« worden. »Es wäre« – so Ernsts Fazit – »ein schweres Unrecht allen behandelnden Ärzten gegenüber, wenn ihr Vorgehen definitiv als »mittelalterlich« dastünde.«

Während Ernst mit keinem Wort auf das Verhalten des Patienten einging, erwähnte der *Beobachter*, dass Hans Studer in jungen Jahren zwei Bagatelldelikte begangen hatte. In einem späteren Artikel heißt es, den Mann treffe »wegen seiner unglücklichen Kindheit und seiner schwierigen Charakteranlage« eine gewisse »Mitschuld«. Mit Abstand am härtesten ging jedoch Studer mit sich ins Gericht. Obwohl er in einem Rückblick »auf sein verpfushtes Leben« klagte: »Der Staat hat seine Schuldigkeit getan, bin ich doch heute eine menschliche Ruine, zu der ich 40 Jahre lang ausgebaut wurde«, bekannte er gleich darauf, »er sei alles andere als ein Engel gewesen«. Als sich die Petition und die Spendenaktion des *Beobachters* als großer Erfolg erwiesen,<sup>58</sup> bedankte sich Hans Studer im Rahmen eines weiteren Artikels und kam dabei erneut auf das Thema Scheitern zurück:

*»Wiederholen möchte ich: Ich war ein schwieriger Patient, der den Ärzten viel zu schaffen machte. Die 1939 durchgeführte Kastration machte aus mir natürlich auch keinen Freund der Psychiatrie, nein, es gab eine Auflehnung in mir, die oft ans Grausame grenzte. Es gibt wohl keinen Menschen, der fehlerlos ist. Und so geschehen in jedem Beruf Fehler. Nur haben sie kaum je so schwere Folgen wie bei einer Kastration. Es handelt sich um einen Eingriff, der den Betroffenen über Jahre am Sinn des Lebens verzweifeln lässt. Aber ich habe zum Glück auch sehr verständnisvolle und gütige Psychiater kennengelernt, die ich heute noch schätze.«<sup>59</sup>*

Die Psychiatrie stand seit dem Ende des 18. Jahrhunderts immer wieder im Kreuzfeuer öffentlicher Kritik. In dieser Hinsicht waren die Artikel des *Beobachters* also nichts Neues. Dass man in solchen Enthüllungsgeschichten anderen vorwarf, versagt zu haben, erstaunt ebenso wenig. Hans Studer und Klaus Ernst griffen in ihren Stellungnahmen aber nicht nur auf die Figur des Dritten zurück, sie gestanden auch ein, dass sie selbst bzw. ihr Berufsstand schwerwiegende Fehler gemacht hätten. Ihre Kommentare zeugen allerdings davon, wie ambivalent und bedrohlich dieses öffentliche Bekenntnis schien. Unmittelbar vor oder nach seinen Geständnissen machte Studer dem »Staat« und der Psychiatrie schwere Vorwürfe. Ernst wiederum verwehrte sich gegen die Kritik des *Beobachters*, der Studers Ärzte für die therapeutischen Fehlschläge verantwortlich machte. Seines Erachtens scheiterten nicht Ärzte, sondern Therapien – zumindest wenn diese »menschlich und ärztlich gewissenhaft erwogen« wurden.

In der Psychiatrie wurde also ab Ende der 1960er Jahre zunehmend über eigene Emotionen und damit auch über Gefühle und Erfahrungen persönlichen Scheiterns gesprochen. Nicht nur Ärztinnen oder Pfleger, sondern auch Patienten und deren Angehörige begannen zu thematisieren, dass sie bestimmte Ereignisse und Prozesse als – oder auch als – persönliche Fehlschläge verstanden. »Ich bedaure sehr«, schrieb etwa ein Neurochirurg 1974 nach einem erfolglosen psychochirurgischen Eingriff an einem schwer psychotischen Mädchen, »dass wir bis jetzt der

Patientin nicht besser helfen konnten.«<sup>60</sup> 1977 bedankten sich die Eltern des Mädchens dafür, dass das Klinikpersonal sie »keinen Verdächtigungen wegen früherer Erziehungsfehler aussetz[e]«. Offenbar hatte man ihnen früher schwere Vorwürfe gemacht: »Was muss dieses Kind gelitten haben, bis es soweit war[,] soll,« wie es in der Krankengeschichte heißt, »ein Arzt der Mutter [...] gesagt haben.«<sup>61</sup> Einige Monate später vermerkte der Stationsarzt eine »Akut-Besprechung« mit den Pflegerinnen des Mädchens. Im Pfllegeteam seien »intrikate [verworrene] Gefühlsverwicklungen aufgetreten«. Die älteren Schwestern hätten »Schuldgefühle«, weil ihre jüngeren Kolleginnen »noch unbefangener und lieber« mit der aggressiven Patientin »umgehen« könnten. »Die Besprechung diene«, so der Arzt abschließend, »der Herausarbeitung dieser Selbsterfahrung.«<sup>62</sup>

Der Kommentar des Psychiaters zeigt, dass die Subjektivierung des Scheiterns bestimmte Ziele erfüllen sollte. Über Fehlschläge, die Angst zu versagen und das Gefühl gescheitert zu sein sprach man nicht nur, um Vorstellungen und Emotionen Ausdruck zu verleihen, sondern auch, um diese zu reflektieren und zu beeinflussen. Gefühle wurden nicht zuletzt in Worte gefasst, um besser mit ihnen umgehen zu können. Denk- und Sagbares lässt sich verändern. Über eigene Niederlagen nachzudenken, zu sprechen und zu schreiben wurde deshalb ab den 1970er Jahren zu einer weit verbreiteten emotionalen Praxis.<sup>63</sup>

## Scheitern im 20. Jahrhundert: Von der Figur des Dritten zur Subjektivierungspraxis

In der Psychiatrie verstand sich – so lässt sich zusammenfassen – nicht von allein, was als Erfolg oder Misserfolg galt, worauf dieser beruhte und wo die Grenze zwischen Misserfolg, Versagen und Scheitern lag. Krankenakten aus psychiatrischen Kliniken machen deutlich, dass Scheitern eine Frage der Perspektive und damit zeit- und kulturspezifisch ist. Seien es Therapien, Bemühungen, Karrieren, Beziehungen oder Existenzen – die Ansichten darüber, ob etwas gelungen oder misslungen war, konnten weit auseinandergehen und sich im Laufe der Zeit verändern.

Einem grundlegenden Wandel unterworfen war auch die Art und Weise, Scheitern zu thematisieren. Sprach man in der Psychiatrie von Fehlschlägen, wurde bis Ende der 1960er Jahre meist auf die Figur des Dritten zurückgegriffen, die binäre Codierungen ermöglichte und gleichzeitig zwischen diesen vermittelte. Scheitern konnten deshalb in der Regel nur Drittpersonen oder Dinge. Ab den 1970er Jahren begannen auch Subjekte zu scheitern. Nun wurden in der Psychiatrie zunehmend Erfahrungen und Gefühle persönlichen Versagens thematisiert. Dabei ging es nicht nur um Misserfolg von Patientinnen und Patienten, auch deren Verwandte, Ärzte, Pflegerinnen und weitere Akteure verstanden offenbar Fehlschläge als – oder zumindest auch als – persönliches Versagen.

Dass sich Scheitern im Laufe des 20. Jahrhunderts von einer Figur des Dritten zu einer Subjektivierungspraxis entwickelte, lässt sich nur verstehen, wenn man Erfolg und Misserfolg im Kontext eines übergeordneten, langfristigen Prozesses betrachtet, der bereits im 19. Jahrhundert einsetzte.

58 Der Schweizerische Beobachter, 47. Jg., Nr. 23, 15.12.1973, S. 3. Die Petition des *Beobachters* an den Zürcher Kantonsrat wurde von über 17.000 Lesern unterzeichnet. In der Spendenaktion kam ein Betrag von mehr als 3000 Franken zusammen. 1973 verdiente ein männlicher Angestellter in der Schweiz pro Monat durchschnittlich 2300–2900 Franken. Heiner Ritzmann-Blickenstorfer, Historische Statistik der Schweiz, Zürich 1996, S. 468.

59 Der Schweizerische Beobachter, 47. Jg., Nr. 24, 31.12.1973, S. 14.

60 Staatsarchiv des Kantons Zürich (StAZH), Z 100, KA-Nr. 67737, Operationsbericht eines Arztes der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich, 18.1.1974.

61 Ebd., S. 105, Eintrag vom 10.10.1977.

62 Ebd., S. 106, Eintrag vom 22.12.1977.

63 Monique Scheer definiert emotionale Praktiken folgendermaßen: »Emotional practices in this sense are manipulations of body and mind to evoke feelings where there are none, to focus diffuse arousals and give them an intelligible shape, or to change or remove emotions already there.« Monique Scheer, Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion, in: History and Theory 51 (2012), S. 193–220, hier S. 209.



Mit dem Aufkommen der modernen Naturwissenschaften rückte der Körper als anatomische und physiologische Grundlage von Gemüt, Geist und Psyche in den Vordergrund; Gefühle, Gefühlsnormen und Gefühlspraktiken wurden aus einem religiösen, philosophisch-moralischen Kontext gelöst und von der psychologisch definierten Emotion überlagert. Mit der zunehmenden Bedeutung von Therapie und Beratung erhielten Emotionen dann ab Ende der 1960er Jahre in einer ganz bestimmten Form mehr Gewicht: als Gefühl, über das man spricht.<sup>64</sup>

Durch diese Umwertung weitete sich das Spektrum der sozialen und institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen man über eigene Fehlschläge sprach, stark aus. Probleme zu erkennen, zu thematisieren und zu lösen, zu gestehen, Fehler gemacht oder versagt zu haben, wurde nun zu einer Kompetenz, die es zu erlernen, im Berufs- und im Privatleben anzuwenden und weiterzuentwickeln galt. Die Verbalisierung von Emotionen sollte also nicht nur der Therapie psychischer Störungen im engeren Sinne dienen, sondern dem alltäglichen Selbstmanagement. Um sich als gesellschaftlich anerkanntes, handlungsfähiges Subjekt zu konstituieren oder konstituiert zu werden, wollte, konnte, sollte oder musste man über sich und nicht zuletzt auch über Erfahrungen und Gefühle persönlichen Scheiterns sprechen.

<sup>64</sup> Für einen Überblick zur Geschichte der Emotionen siehe beispielsweise Jan Plamper, *Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte*, München 2012; Ute Frevert u. a., *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a. M./New York 2011.